

ИМЯ КЛИЕНТА:

Заполняется представителем клиента.

ПОЛУЧАТЕЛЬ ПЛАТЕЖЕЙ

Я даю свое согласие на пересылку моих пособий SSP моему получателю платежей до тех пор, пока я получаю пособия SSP.

ИМЯ	ТЕЛЕФОН	КЕМ ПРИХОДИТСЯ КЛИЕНТУ	
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТАВЩИКЕ УСЛУГ

Право на получение пособий SSP зависит от установленной потребности в получении услуг. Изменение ваших условий жизни или смена поставщика услуг Учреждения постоянного проживания, могут повлиять на ваши потребности в плане услуг. Пожалуйста, укажите имя/название вашего поставщика услуг Учреждения постоянного проживания.

НАЗВАНИЕ/ИМЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ИЛИ ПРОГРАММЫ	ТЕЛЕФОН
---	---------

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ КЛИЕНТА И ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖЕЙ

- Я обязуюсь уведомлять своего менеджера по делу/распорядителя ресурсов отдела DDD или социального работника о желании сменить своего поставщика услуг.
- Я обязуюсь уведомлять отдел DDD в случае изменения моего права на получение денежных пособий SSI.
- Я обязуюсь уведомлять отдел DDD в случае каких-либо изменений в моих условиях жизни.
- Я обязуюсь уведомлять отдел DDD в случае смены своего получателя платежей. Мною была получена информация о получателе платежей SSP.

ПОЖАЛУЙСТА, ПОДПИШИТЕ И ВЫШЛИТЕ ЭТУ ФОРМУ

Я подтверждаю, что информация, указанная в данной форме, является верной.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS	ДАТА

Копия: В план обслуживания клиента